

## 0.a. Цель

Цель 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте

## 0.b. Задача

Задача 3.a: Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах

## 0.c. Показатель

Показатель 3.a.1: Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше

0.g. Международные организации, ответственные за глобальный мониторинг

# Институциональная информация

## Организации:

Всемирная организация здравоохранения;

Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (совместные ответственные учреждения)

## 2.a. Определение и понятия

# Понятия и определения

## Определение:

Показатель определяется как доля населения в возрасте 15 лет и старше, которое в настоящее время употребляет какие-либо табачные изделия (дымный и / или бездымный табак) ежедневно или не ежедневно.

## Понятия:

Употребление табака означает употребление дымных и / или бездымных табачных изделий. "Употребление в настоящее время" означает употребление в течение предыдущих 30 дней до момента обследования, будь то ежедневное или не ежедневное употребление.

Табачные изделия - это изделия, полностью или частично изготовленные из листового табака в качестве сырья, предназначенные для потребления человеком путем курения, сосания, жевания или нюхания.

"Дымные табачные изделия" включают сигареты, сигариллы, сигары, сигары с обрезанными концами, биди, трубки, кальяны, табак для самокрутки, кретек и любые другие формы табака, потребляемые при курении.

"Бездымный табачный продукт" включает влажный нюхательный табак, кремообразный нюхательный табак, сухой нюхательный табак, пробку, растворимые вещества, гуль, россыпь, красный зубной порошок, снюс, чимо, гутха, хайни, гудаху, зарда, куивам, дохра, туибур, насвей, наас, насвар, шамма, тоумбак, паан (бетель квид с табаком), ик'мик, мишри, тапкир, томбол и любые другие табачные изделия, потребляемые путем вдыхания, удерживания во рту или жевания.

Оценки распространенности были "стандартизированы по возрасту", чтобы сделать их сопоставимыми по всем странам, независимо от демографического портрета страны. Это делается путем соотнесения коэффициентов распространенности по возрасту и полу для каждой страны с Стандартом населения ВОЗ. Результирующие уровни являются гипотетическими числами, которые имеют смысл только при сравнении показателей, полученных для одной страны, с показателями, полученными для другой страны.

## 4.a. Обоснование

---

### Обоснование:

Употребление табака является основной причиной болезней и смертей от неинфекционных заболеваний (НИЗ). Не существует доказанных безопасных уровней употребления табака или воздействия окружающего табачного дыма. Все люди, которые ежедневно и не ежедневно употребляют табак, подвергаются риску различных неблагоприятных исходов для здоровья на протяжении всей жизни, включая НИЗ. Снижение распространенности употребления в настоящее время табака внесет большой вклад в снижение преждевременной смертности от НИЗ (Задача 3.4). Повседневный и регулярный мониторинг этого показателя в динамике по времени необходим для обеспечения надежного мониторинга и оценки воздействия осуществления Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) или политики борьбы против табака в странах, которые еще не являются Сторонами по РКБТ ВОЗ. Уровни распространенности употребления табака являются надлежащим показателем выполнения задачи 3.a ЦУР "Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах".

## 4.b. Комментарии и ограничения

---

### Комментарии и ограничения:

Первичные данные, собранные в странах в ходе национальных репрезентативных обследований населения, используются для расчета сопоставимых оценок этого показателя. Информация, получаемая при проведении субнациональных обследований, не используется.

В некоторых странах все формы употребления табака и курения табака могут считаться равнозначными, но во многих странах, где вместе с тем используются другие формы употребления табака, показатели табакокурения будут в некоторой степени ниже, чем показатели употребления табака.

Сопоставимость, качество и частота проведения обследований домашних хозяйств влияют на точность и качество оценок. Несопоставимость данных может возникнуть в результате использования различных инструментов обследования, методов выборки и анализа, а также определения показателей в государствах-членах. Обследования могут охватывать самые разные возрастные группы (не всегда 15+) и повторяться через нерегулярные промежутки времени. Обследования могут включать в себя множество различных табачных изделий, а иногда только одно изделие, например сигареты, в зависимости от представления страны о том, какие изделия важно отслеживать. Если одновременно не будет проводиться мониторинг дымных и бездымных изделий, распространенность употребления табака будет занижена. Страны начали отслеживать использование электронных сигарет и других новых изделий, что может внести путаницу в страновые определения употребления табака. Определение "употребление в настоящее время" не всегда может быть ограничено 30 днями до проведения обследования. Кроме того, в обследованиях людей просят представлять самоотчеты о потреблении табака, что может привести к занижению сведений об употреблении табака.

В государствах-членах не существует стандартного протокола для обследования людей по употреблению табака. Вопросы ВОЗ для использования в обследованиях по потреблению табака (TQS) были включены во многие обследования, что помогает улучшить сопоставимость показателей по странам.

## 4.c. Метод расчета

---

# Методология

---

## Метод расчета:

Статистическая модель, основанная на Байесовской отрицательной биномиальной мета-регрессии, используется для моделирования распространенности употребления в настоящее время табака в каждой стране отдельно по мужчинам и женщинам. Полное описание метода доступно в рецензируемой статье в The Lancet, volume 385, No. 9972, p966 - 976 (2015). После того, как коэффициенты распространенности с разбивкой по возрасту и полу, полученные из национальных обследований, были собраны в набор данных, модель была приспособлена для расчета оценок тенденций с 2000 по 2030 годы. Модель состоит из двух основных компонентов: (a) для корректировки на отсутствующие показатели и возрастные группы, и (b) для формирования оценки тенденций в динамике по времени, а также 95-процентного доверительного интервала отклонения от оценки. В зависимости от полноты / всесторонности представления данных обследования в конкретной стране, модель иногда использует данные из других стран для заполнения пробелов в информации. Чтобы заполнить пробелы в данных, информация "заимствуется" из стран того же субрегиона ООН. Полученные в результате линии тренда используются для получения оценок за отдельные годы, так что численное значение может быть представлено, даже если страна не проводила обследование в этом году. Чтобы результаты были сопоставимы между странами, уровни распространенности стандартизированы по возрасту в соответствии со Стандартом населения ВОЗ.

Оценки для стран с нерегулярными обследованиями или большим количеством пробелов в данных будут иметь большие диапазоны неопределенности и такие результаты следует интерпретировать с осторожностью.

## 4.f. Обработка отсутствующих значений (i) на страновом уровне и (ii) на региональном уровне

---

## Обработка отсутствующих значений:

- **На страновом уровне:**

Для стран, в которых с 1990 года было проведено менее двух обследований в разные годы, оценка не производится, поскольку невозможно определить тенденцию. Для стран, по которым имеются данные двух или более национальных обследований, пробелы в данных, если таковые имеются, заполняются, как описано в Методе расчета.

- **На региональном и глобальном уровнях:**

Страны, по которым невозможно произвести расчет, включаются в средние региональные и глобальные показатели, исходя из предположения, что их показатели распространенности среди мужчин и женщин равны средним показателям распространенности среди мужчин и женщин в субрегионе ООН <sup>[1]</sup>, в котором они расположены. В тех случаях, когда было обследовано менее 50% населения субрегиона ООН, субрегионы ООН группируются с соседними субрегионами до тех пор, пока средние показатели по региону не будут отражать данные не менее 50% сгруппированного населения.

---

<sup>1</sup> Для ознакомления со списком стран по региону ООН, пожалуйста, см. страницы с ix по xiii публикации Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2017 года, подготовленное Департаментом по экономическим и социальным вопросам ООН в 2017 году и опубликованное по адресу [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf) (по состоянию на 25 мая 2017 г.). Для целей анализа данных по курению были внесены следующие корректировки: (i) субрегион Восточной Африки был разделен на два региона: острова Восточной Африки и остальная часть Восточной Африки; (ii) Армения, Азербайджан, Эстония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Таджикистан, Узбекистан и Туркменистан были отнесены к Восточной Европе, (iii); Кипр, Израиль и Турция были отнесены к Южной Европе, и (iv) субрегионы Меланезии, Микронезии и Полинезии были объединены в один субрегион. <sup>1</sup>

---

## 4.g. Региональные агрегаты

---

### Региональные агрегаты:

Средние показатели распространенности по регионам рассчитываются путем взвешивания повозрастных показателей распространенности в странах на население с последующей стандартизацией средних возрастных показателей региона.

## 6. Сопоставимость/отступление от международных стандартов

---

### Источники расхождений:

Оценки ВОЗ отличаются от национальных оценок в том, что они

i) стандартизованы по возрасту для повышения международной сопоставимости и

ii) рассчитаны с использованием единого стандартного метода для всех стран. Редко проводимые обследования или недоступность результатов недавних обследований заставляют больше полагаться на моделирование. Поскольку набор данных для каждой страны со временем улучшается с добавлением новых обследований, недавние оценки могут оказаться несовместимыми с более ранними оценками. Оценки ВОЗ перед публикацией проходят процесс консультаций со странами.

## 4.h. Доступные странам методы и руководства для составления данных на национальном уровне

---

### **Доступные странам методы и руководства для составления данных на национальном уровне:**

Информация отсутствует.

## 4.j. Обеспечение качества

---

### **Гарантия качества**

Информация отсутствует

## 3.a. Источники данных

---

### **Источники данных**

---

#### **Описание:**

Показатели распространенности в разбивке по полу и возрасту по данным национальных репрезентативных обследований населения, проводимых с 1990 года:

- официально признаны национальным органом здравоохранения;
- участники, отобранные случайным образом, представляют население в целом; и
- предоставляющие информацию по крайней мере об одном показателе, отражающем текущее употребление табака, ежедневное употребление табака, текущее курение табака, ежедневное курение табака, текущее курение сигарет или ежедневное курение сигарет.

Официальные отчеты об исследованиях получают от государств-членов одним или несколькими из следующих методов:

- система отчетности РКБТ ВОЗ (Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака);
- анализ результатов обследований, проведенных под эгидой Глобальной системы эпиднадзора за табаком;
- анализ результатов других исследований, проведенных в сотрудничестве с ВОЗ, таких как исследования STEPwise и Всемирного исследования здоровья населения;
- сканирование международных баз данных эпиднадзора, таких как базы данных Обследования демографических характеристик и состояния здоровья (DHS), Кластерного

обследования по многим показателям (MICS) и Исследования критериев оценки уровня жизни (ИКОУЖ) Всемирного банка; и

- выявление и анализ результатов обследований конкретных стран, которые не являются частью международных систем эпиднадзора.

### 3.b. Метод сбора данных

---

#### Процесс сбора:

Отчеты загружаются с веб-сайтов или отправляются по электронной почте национальными партнерами. ВОЗ распространяет и публикует методологии своих оценок в глобальном отчете ВОЗ о тенденциях в употреблении табака в 2000-2025 годах и в докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. Перед публикацией оценки ВОЗ проходят процесс консультаций со странами.

### 5. Доступность и дезагрегирование данных

---

## Доступность данных

---

#### Описание:

Показатель доступен по всем странам с 2000 по текущий год в зависимости от наличия эмпирических данных по каждой стране.

#### Дезагрегирование:

По полу.

### 3.c. Календарь сбора данных

---

## Календарь

---

#### Сбор данных:

Постоянный сбор данных.

### 3.d. Календарь выпуска данных

---

#### Выпуск данных:

Данные выпускаются раз в два года путем публикации в Глобальном отчете ВОЗ о тенденциях в области курения табака за 2000–2025 годы, Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ и базе данных по реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ).

### 3.e. Поставщики данных

---

## Поставщики данных

---

Государства-члены ВОЗ, участники Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ).

### 3.f. Составители данных

---

## Составители данных

---

Инициатива ВОЗ Свобода от табака; Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями.

### 7. Ссылки и документация

---

## Ссылки

---

### URL:

<http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/>

<http://www.who.int/gho/en/>

<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>

### 0.f. Связанные показатели

---

## Связанные показатели по состоянию на февраль 2020 года

---

Показатель 3.4.1: Уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний